

Muschalla, B., & Linden, M. (2011). Sozialmedizinische Aspekte bei psychischen Erkrankungen. Teil 1: Definition, Epidemiologie, Kontextbedingungen und Leistungsbeurteilung. *Der Nervenarzt*, 82, 917–931.

Sozialmedizinische Aspekte bei psychischen Erkrankungen

Teil 1: Definition, Epidemiologie, Kontextbedingungen und Leistungsbeurteilung bei psychischen Erkrankungen

Beate Muschalla, Michael Linden

Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Charité Universitätsmedizin Berlin
und Abteilung Verhaltenstherapie und Psychosomatik am Rehabilitationszentrum Seehof der
Deutschen Rentenversicherung Bund, Teltow/Berlin

Fortbildungsartikel zur Publikation in: *Der Nervenarzt*

Anschrift der Autoren:

Prof. Dr. M. Linden

Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation

Rehabilitationsklinik Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund

Lichterfelder Allee 55

14513 Teltow/Berlin

email: michael.linden@charite.de

Wir danken Hr. Dr. H. Irle und Hr. Dr. R. Wirtmüller für die kritische Durchsicht des Manuskripts und wertvolle Hinweise.

Zusammenfassung

Die Sozialmedizin ist ein interdisziplinäres Grundlagenfach der Humanmedizin, welches die Wechselwirkungen zwischen Krankheit, Gesundheit, Individuum und Gesellschaft sowie Organisationsstrukturen des Gesundheitswesens und des medizinischen Versorgungssystems analysiert, beschreibt und Strategien zur Prävention und Bekämpfung von Krankheiten entwickelt

Die Lebenszeitprävalenz psychischer Erkrankungen in der liegt etwas bei einem Drittel der Bevölkerung. Je niedriger die soziale Schicht, umso höher ist das Risiko an einer psychischen Erkrankung zu leiden. Auch in sozialen Berufsfeldern beschäftigte Menschen sind häufiger betroffen. Psychische Erkrankungen sind regelhaft mit Beeinträchtigungen der sozialen Rollen verbunden, sie führen in etwa doppelt so häufig und länger zu AU wie somatische Erkrankungen, und sie gehören zu den häufigsten Ursachen für Frühberentungen.

Eine sozialmedizinisch wichtige Problemstellung ist, wie Umwelt- bzw. Kontextfaktoren sich auf die psychische Gesundheit auswirken. Beispiele sind Posttraumatische Störungen am Arbeitsplatz, psychische Folgen von sozialen Konflikten am Arbeitsplatz, psychische Störungen im Kontext der Pflege von Angehörigen oder psychische Störungen aufgrund von Lebensbedingungen in Heimen.

Wichtige sozialrechtliche Begriffe sind Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE, gesetzliche Unfallversicherung SGB VII), Arbeitsunfähigkeit (AU, gesetzliche Krankenversicherung SGB V), Erwerbsminderung (EM, gesetzliche Rentenversicherung SGB VI), Grad der Behinderung/Schädigungsfolgen (GdB/GdS, Schwerbehindertenrecht Teil 2 SGB IX). Hinter diesen Begriffen stehen jeweils unterschiedliche rechtliche Definitionen.

Eine sozialmedizinisch wichtige Krankheitscharakterisierung ist die Unterscheidung zwischen akuten und chronischen Erkrankungen. Erstere sind episodisch, letztere erstrecken über einen Zeitraum von länger als sechs Monaten bis hin zu lebenslanger Krankheit. Nach der Definition des Sozialgesetzbuches IX werden chronische (psychische) Erkrankungen Behinderungen gleichgestellt.

Die genaue Art der krankheitsbedingten Fähigkeitsstörung entscheidet im Zusammenhang mit dem Kontext, z.B. Rollenanforderungen einer Person (z.B. überwiegend Routinetätigkeiten oder täglich wechselnde Aufgabenbereiche) über das Ausmaß der Krankheitsfolgen, d.h. der Partizipationsstörung (z.B. Nichterfüllung von Leistungsanforderungen an einem speziellen

Arbeitsplatz mit wechselnden Tätigkeiten), und damit u. a. auch über die Krankheitswertigkeit des aktuellen Gesundheitszustandes

Bei sozialmedizinischen Gutachten zur Frage der Leistungsfähigkeit ist der Bericht des Patienten zu differenzieren vom Befund der durch den Untersucher beobachtet wird. Es ist eine ausführliche Darstellung der Fähigkeiten und Aktivitäten erforderlich, die der Betroffene trotz seiner Gesundheitsstörungen verrichten kann. Dazu notwendig ist eine genaue Kenntnis des Leistungsanforderungsprofils auf das sich die Beurteilung bezieht.

Abstract

Social medicine is an interdisciplinary subject of human medicine which analyses and describes the interactions between illness, individual and society, and organisational structures of the health care system, and aims at prevention and rehabilitation.

The lifetime prevalence of mental disorders is about one third of the population. Poor social background, employment in a social professions are risk factors for mental disorders. Mental disorders are regularly associated with impairment in social functioning, lead to longtime sick leave and early retirement more often than somatic disorders.

One central issue is how context factors influence mental health. Posttraumatic stress disorders due to accidents at the workplace are known as well as mental disorders occurring after social conflicts, but also in non-work domains like in caring of family members.

An important distinction must be made between acute and chronic illness. Acute illness is episodic, chronic illness endures more than six months or even lifetime and is classified as impairment in the Social Law.

The type and degree of illness-dependent capacity disorders and the specific context in which the person must fulfill role expectations must be recognized both when describing participation disorders.

In socio-medical expert reports concerning the question of work ability of a patient, it must be differentiated between the complaints reported by the patient on the one hand, and the medical diagnosis and observation on the other hand. Only the latter is relevant for answering the question of observation.

1. Definition von Sozialmedizin

Die Sozialmedizin ist ein interdisziplinäres Grundlagenfach der Humanmedizin, welches die Wechselwirkungen zwischen Krankheit, Gesundheit, Individuum und Gesellschaft sowie Organisationsstrukturen des Gesundheitswesens und des medizinischen Versorgungssystems analysiert, beschreibt und Strategien zur Prävention und Bekämpfung von Krankheiten entwickelt (Pschyrembel Sozialmedizin, Brüggemann et al 2007). Das Ziel besteht in der Vermeidung oder Bewältigung, inklusive der sozialrechtlichen Absicherung, gesundheitlicher Probleme und ihrer sozialen Folgen bei Einzelnen und in der Bevölkerung. Die Disziplin Sozialmedizin hat sich zu Beginn des 20. Jahrhunderts zunächst unter dem Begriff Sozialhygiene herausgebildet. Der Missbrauch dieses Wissenschaftszweigs für Maßnahmen der Rassenhygiene während des Nationalsozialismus und die ideologische Belastung des Begriffs verzögerten nach Ende des zweiten Weltkrieges die Etablierung der Disziplin an den Hochschulen, was erst nach 1968 gelang. Inhaltlich bestehen Überschneidungen zwischen Sozialmedizin, der Rehabilitationsmedizin, der Arbeitsmedizin, und den Gesundheitswissenschaften. Im Gegensatz zu Letzteren versteht sich die Sozialmedizin im engeren Sinne als Teilbereich der Medizin.

Zu den Arbeitsthemen der Sozialmedizin (Tab. 1) zählt die Epidemiologie von Krankheiten, die Beobachtung und Klassifikation von Krankheitsverläufen, der Einfluss von Umweltbedingungen auf Krankheit und Gesundheit unter Berücksichtigung des biopsychosozialen Modells (Egger 2005; Meyer 1957), die rechtlichen Grundlagen des gegliederten Systems der sozialen Sicherung und in diesem Zusammenhang auch die Begutachtung von Krankheitszuständen und Leistungsminderung. Therapeutisch befasst sich die Sozialmedizin, auch in Überschneidung mit der Arbeitsmedizin, mit der Veränderung von Lebens- bzw. Kontextbedingungen zum Erhalt von Gesundheit und zur Besserung von Krankheit, sowie mit Maßnahmen zum Erhalt bzw. Wiederherstellung der sozialen Teilhabe im Allgemeinen und der beruflichen Integration im Besonderen.

Tabelle 1: Aufgabenstellungen der Sozialmedizin

--

- Epidemiologie von Krankheiten
- Beobachtung und Klassifikation von Krankheitsentwicklungen und –verläufen
- Einfluss von Umweltbedingungen auf Krankheit und Gesundheit unter Berücksichtigung des biopsychosozialen Modells
- rechtliche Grundlagen des Systems der sozialen Sicherung
- Begutachtung von Krankheitszuständen und Leistungsminderung
- Veränderung von Lebens- bzw. Kontextbedingungen zum Erhalt von Gesundheit und Besserung von Krankheit
- Erhalt bzw. Wiederherstellung der sozialen Teilhabe.

Fachärzte in Deutschland können die Zusatzbezeichnung Sozialmedizin erlangen. Die Weiterbildung (Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer 2010; Groner et al 2006) sieht als Inhalte vor den Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in

- den rechtlichen Grundlagen einschließlich des Systems der sozialen Sicherheit und dessen Gliederung
- den Aufgaben und Strukturen der Sozialleistungsträger, z.B. Kranken-, Pflege-, Rente-, und Unfallversicherung, Arbeits- und Versorgungsverwaltung, Sozialhilfe und Sozialleistungen im öffentlichen Dienst
- der Leistungsdiagnostik und den Beurteilungskriterien bei ausgewählten Krankheitsgruppen
- den sozialmedizinisch relevanten leistungsrechtlichen Begriffen
- der Beurteilung gesundheitlicher Einschränkungen und ihrer Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben und im Alltag
- der Vermittlung zwischen individueller gesundheitlicher Einschränkung und solidarisch organisierten Rechtsansprüchen und Hilfen sowie Beratungstätigkeit
- den Grundlagen und Grundsätzen der Rehabilitation einschließlich des Qualitätsmanagements
- den Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention
- den arbeitsmedizinischen Grundbegriffen
- den Grundlagen der Epidemiologie, Dokumentation, Statistik und

Gesundheitsberichterstattung

- der Beratung der Sozialleistungsträger in Fragen der medizinischen Versorgung
- der Erstellung sozialmedizinischer Gutachten nach Aktenlage und aufgrund von Rehabilitationsentlassungsberichten einschließlich Leistungsbeurteilung
- der Erstellung von Gutachten für Sozialleistungsträger unter Berücksichtigung von Fragestellungen der Arbeitsfähigkeit, Erwerbsfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, Heil und Hilfsmittelversorgung, Berufsförderung, Sozialgerichtsbarkeit und des Versorgungsrechts.

Sozialmediziner arbeiten u. a. bei Sozialleistungsträgern, in Behörden, bei den öffentlich-rechtlichen Organisationsformen der Ärzteschaft, im öffentlichen Gesundheitsdienst und auch in Praxen, in Kliniken und hier speziell auch Rehabilitationskliniken.

2. Beispiele zur Epidemiologie psychischer Erkrankungen unter sozialmedizinischer Perspektive

Im Folgenden sollen zu den vorgenannten Aufgabenstellungen und Arbeitsthemen der Sozialmedizin zur Illustration einige Befunde und Problembeschreibungen referiert werden. Dabei können die einzelnen Punkte nicht umfassend abgehandelt, sondern nur ausgewählte Beispiele dargestellt werden.

2.1 Prävalenz psychischer Krankheiten

Die Lebenszeitprävalenz psychischer Erkrankungen in der liegt etwas bei einem Drittel der Bevölkerung (Üstün & Sartorius, 1995; Wittchen, 2005). Bei den meisten Störungen sind Frauen (33%) häufiger betroffen als Männer (22%). Ausnahmen sind Alkoholerkrankungen, sonstige Substanzabhängigkeiten und psychotische Störungen. Viele psychische Erkrankungen beginnen vor dem 20. Lebensjahr und bleiben über die gesamte Lebensspanne bestehen. Wann immer eine Erkrankung auftritt, gibt es eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine zusätzliche Diagnose (= Komorbidität). Es gibt wenig Anhaltspunkte für erhöhte Raten psychischer Erkrankungen im letzten Jahrzehnt (außer Depression und Drogengebrauch). Psychische

Erkrankungen sind regelhaft mit Beeinträchtigungen der sozialen Rollen verbunden (schulische/berufliche Leistung, Elternschaft, soziale Kontakte, intime Partnerschaften), davon etwa ein Drittel mit schweren Beeinträchtigungen. Psychische Erkrankungen weisen hinsichtlich Häufigkeit, klinischem Erscheinungsbild oder Behandelbarkeit altersspezifische Besonderheiten auf (Zwernemann et al. 2009). Beispiele hierfür sind der Langzeitverlauf bei Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätsstörungen, Unterschiede zwischen früh und spät auftretenden Schizophrenien oder Demenzen.

2.2. Psychische Krankheiten und soziale Situation

Je niedriger die soziale Schicht, umso höher ist das Risiko an einer psychischen Erkrankung zu leiden. Dies gilt ähnlich wie für andere Gesundheitsparameter (Lampert 2010). Insbesondere die psychosoziale Situation von Menschen mit psychotischen Erkrankungen zeigt erhebliche Benachteiligungen. Im Alter von etwa 35 Jahren sind 60% ledig geblieben, gut die Hälfte lebt allein oder noch bei den Eltern und ein Drittel ist sozial sehr isoliert. Ein Drittel kann am Ende einer zweijährigen Nachsorge den Lebensunterhalt selbst bestreiten, knapp die Hälfte ist vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausgeschieden (Müller et al 1998). Nach der Drift-Hypothese kommt es durch die psychische Erkrankung zum sozialen Abstieg. Demgegenüber zieht nach der Trigger-Hypothese der soziale Abstieg die psychische Erkrankung nach sich (Goldberg und Morrison 1963).

2.3 Art und Häufigkeit psychischer Krankheiten im Kontext verschiedener Berufe

Die Art des ausgeübten Berufs steht in Zusammenhang mit der Auftretenshäufigkeit bestimmter psychischer Erkrankungen. In einer dänischen Bevölkerungsstudie (Wieclaw 2006) zeigte sich, dass Beschäftigte in sozialen Berufen überzufällig häufiger von psychischen Erkrankungen betroffen waren als Menschen in anderen Arbeitsgebieten. Frauen waren besonders gefährdet, vor allem Grundschullehrerinnen, Polizistinnen und Sozialarbeiterinnen sowie Altenpflegerinnen. Aber auch Männer in den Berufen Kinderpfleger, Grundschullehrer, Altenpfleger und Sozialarbeiter litten häufiger unter psychischen Erkrankungen. Sowohl Männer als auch Frauen, die in der medizinischen Versorgung arbeiteten (Arzt, Krankenschwester, etc.), berichteten überdurchschnittlich häufig über depressive Symptome.

Diese Zusammenhänge dürfen allerdings nicht vorschnell kausal interpretiert werden. Es ist offen, welcher Anteil auf die Arbeitssituation zurückzuführen ist und welcher Teil darauf, dass bestimmte Menschen sich bevorzugt bestimmte Berufe suchen.

Bei psychosomatischen Rehabilitationspatienten ($N=230$) leiden nach eigenen Untersuchungen 36% der Beschäftigten in praktischen Gesundheitsberufen sowie 37% derjenigen an Büroarbeitsplätzen an Insuffizienzängsten. Ein traumatisches lebensbedrohliches Ereignis am Arbeitsplatz mit nachfolgender PTSD wurde nur von Patienten berichtet die im Bereich Produktion/Technologie beschäftigt waren (3%) oder in Gesundheitsberufen (6%). Arbeitsplatzbezogene spezifische soziale Ängste kamen in Büroberufen/Verwaltung (30%) häufiger als in anderen Bereichen vor, am wenigsten in Produktion und Technologie (6%). Arbeitsplatzphobie (vgl. 3.2) war am häufigsten zu finden bei Beschäftigten im Gesundheitsbereich und in Büroberufen (21%, 22%) (Muschalla, 2008). Menschen mit abgeschlossener Berufsausbildung weisen die geringste selbstberichtete Arbeitsangstbelastung auf, Menschen ohne Berufsabschluss die höchste.

2.4. Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsminderung bei psychischen Erkrankungen

Es ist bekannt, dass psychische Erkrankungen in etwa doppelt so häufig zu AU führen wie somatische Erkrankungen (Linden & Weidner, 2005). Bei seit Jahren fast kontinuierlich sinkendem Krankenstand stiegen die Fälle von gemeldeter Arbeitsunfähigkeit wegen psychischer Störungen ebenso kontinuierlich an. Dies zeigen Gesundheitsberichte verschiedener gesetzlicher Krankenkassen in Deutschland. Eine vergleichende Analyse der Arbeitsunfähigkeitsberichte der AOK, Barmer Ersatzkasse, BKK, DAK, IKK und Techniker Krankenkasse für das Jahr 2005 zeigt, dass psychische Erkrankungen bei diesen Krankenkassen an die dritte bis fünfte Stelle aller Ursachen für Arbeitsunfähigkeit gerückt sind (Lademann et al, 2006). Es zeigt sich eine Dominanz affektiver (z.B. Depression) und neurotischer Störungen. Alle Krankenkassen berichteten über ein höheres Ausmaß von entsprechenden Krankheitsfällen und -tagen bei Frauen. Auffällig ist auch der bei mehreren Kassen beobachtete überproportionale Anstieg psychischer Erkrankungen bei jüngeren Menschen zwischen 15 und 35 Jahren. Zu den durchgängigen Mustern gehört ferner eine besondere Betroffenheit von Angehörigen der Dienstleistungsberufe und von Arbeitslosen.

Langanhaltende AU-Dauer mündet oft in eine Erwerbsunfähigkeit. Psychische Erkrankungen sind bei Frauen die häufigste und bei Männern die zweithäufigste Ursache für Erwerbsunfähigkeitsberentungen in Deutschland (Linden & Weidner, 2005).

3. Beispiele kontextbedingter psychischer Störungen

Eine sozialmedizinisch wichtige Problemstellung ist, wie Umwelt- bzw. Kontextfaktoren sich auf die psychische Gesundheit auswirken. Beispiele sind Posttraumatische Störungen am Arbeitsplatz, psychische Folgen von sozialen Konflikten am Arbeitsplatz, psychische Störungen im Kontext der Pflege von Angehörigen oder psychische Störungen aufgrund von Lebensbedingungen in Heimen.

3.1 PTSD als Arbeitsunfall

In Deutschland werden etwa 1,5 Mio. Menschen pro Jahr bei Arbeitsunfällen verletzt. Bei etwa jedem 7. Fall kommen zu den körperlichen Schädigungen psychische Probleme bei der Unfallverarbeitung hinzu (Frommberger 2004).

Bei einer Erkrankung die sich infolge eines Geschehens am Arbeitsplatz entwickelt, wie bspw. eine PTSD-Symptomatik nach einem direkt erlebten Überfall bei einer Bankangestellten, eröffnet sich die Frage, ob es sich hierbei um einen „Arbeitsunfall“ handelt und damit auch die Frage nach der Zuständigkeit der Kostenträger für die Behandlung. Um zu entscheiden wer zuständig ist, ist zu klären, ob die Symptomatik tatsächlich im Kausalzusammenhang zu dem Arbeitsplatzereignis zu sehen ist, ob nicht eine relevante Vorerkrankung bestanden hat, die arbeitsplatzunabhängig eingetreten ist, und die als ein Vorschaden zu werten ist, auf den sich eine PTSD-Symptomatik aufgesetzt hat.

Bei Fragen des ursächlichen Zusammenhanges zwischen (früherer) Schädigung und (aktueller) Gesundheitsstörung gilt auf dem Gebiet der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) und des Bundesversorgungsgesetzes BVG die Kausalitätstheorie der wesentlichen Bedingung (Bedingungs- oder Relevanztheorie). Hierzu müssen der schädigende Vorgang, die

Schädigung und die festgestellte Gesundheitsstörung erwiesen und der Zusammenhang zwischen Schädigung und Gesundheitsstörung wahrscheinlich sein. „Wahrscheinlich“ bedeutet, dass bei Abwägung aller Faktoren nach dem jeweiligen wissenschaftlichen Erkenntnisstand mehr für einen ursächlichen Zusammenhang spricht als dagegen.

3.2 Soziale Charakteristika von Arbeitsplätzen und das Sonderproblem der arbeitsplatzbezogenen Ängste

Die Arbeit ist zeitlich, inhaltlich und sozial ein wichtiger Lebensbereich, weshalb Geschehnisse am Arbeitsplatz Auswirkungen auf die psychische Verfassung eines Menschen, und psychische Störungen Auswirkungen auf die Teilhabe und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz haben (Martin & Matiaske 2002, Dormann et al 2002, Szesny & Thau 2004, Haslam et al 2005, Kawakami et al, 1996).

Eine Sonderrolle spielen dabei arbeitsplatzbezogene Ängste, da Arbeitsplätze ihrer Struktur nach in besonderer Weise angstausslösend bzw. –verstärkend sind, nämlich durch soziale Hierarchien und Rivalitäten, Leistungsanforderungen und die Möglichkeit des Scheiterns, Existenzsicherung oder –bedrohung bei Arbeitsplatzverlust, bedrohliche Dritte wie bspw. Kunden oder Schüler, Unfallgefahr und vieles mehr. Als gemeinsame Endstrecke von arbeitsplatzbezogenen Ängsten wie auch konventionellen psychischen Erkrankungen in der Interaktion mit Arbeitssituationen kann es zu einer Arbeitsplatzphobie kommen, mit panikartigen Ängsten bei Annäherung oder auch dem Gedanken an den Arbeitsplatz (Muschalla & Linden, 2009). Angstreaktionen entstehen aber nicht nur durch Faktoren, die den Arbeitsplatz betreffen, sondern können auch Folge primärer somatischer oder psychischer Erkrankungen sein, die sich in Bezug auf den Arbeitsplatz in besonderer Weise äußern, bzw. bei denen es durch die Funktions- und Fähigkeitseinschränkungen zu Problemen in der Partizipation bei der Arbeit kommt (Linden & Muschalla, 2007).

Untersuchungen an 230 Patienten, die sich in einer psychosomatischen Rehabilitation befanden, ergaben, dass 58% unter arbeitsplatzbezogenen Ängsten litten und 17% unter einer Arbeitsplatzphobie (Muschalla 2008). Patienten mit Arbeitsplatzphobie waren in den letzten 12 Monaten signifikant länger arbeitsunfähig ($M=23,5$ Wochen ($SD=17,1$)) als Patienten ohne

Arbeitsplatzphobie ($M=13,4$ Wochen ($SD=16,4$)). Arbeitsplatzphobie hat aufgrund der vermeidungsbedingt häufig eintretenden Langzeitarbeitsunfähigkeit und Frühberentung erhebliche Konsequenzen für den weiteren Krankheitsverlauf und erfordert spezielle therapeutische Konsequenzen.

Die Entscheidung zur Feststellung einer „Arbeitsunfähigkeit“ ist bei Arbeitsplatzphobie besonders schwierig. Zum einen gilt, dass alle vier Kriterien der AU-Richtlinie (vgl. Punkt 4.3) bei arbeitsplatzbezogenen Ängsten zutreffen. Diese Patienten können daher korrekterweise als „arbeitsunfähig“ im Sinne der GKV angesehen werden. Bei der Arbeitsplatzphobie ergibt sich jedoch die Paradoxie, dass einerseits nach der Arbeitsunfähigkeitsrichtlinie die phobische Symptomatik am Arbeitsplatz auftritt, durch den Arbeitsplatz verschlimmert wird, die Leistungsfähigkeit beeinträchtigt und eine Rückkehr an den Arbeitsplatz die Krankheit verschlimmern kann, während gleichzeitig eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ebenfalls zu einer Aufrechterhaltung, Verschlimmerung und Chronifizierung beitragen kann wegen Unterstützung des Vermeidungsverhaltens. Die sozialmedizinische Beurteilung muss also gegen therapeutische Überlegungen abgewogen werden. Behandelnde Ärzte, die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ausstellen, um den Patienten vom Arbeitsplatz zu entlasten oder auch sozialmedizinische Gutachter in Rentenverfahren müssen sich stets der potentiellen Nebenwirkungen dieser sozialmedizinischen Interventionen bewusst sein.

Prognostisch kann angenommen werden, dass, je länger sich das Vermeidungsverhalten manifestieren konnte, ein beruflicher Wiedereinstieg umso schwieriger wird. Dies betrifft entweder den aktuellen Arbeitsplatz oder aber auch (bei Arbeitslosigkeit aufgrund Arbeitsplatzverlust nach Langzeitarbeitsunfähigkeit) einen potentiellen neuen Arbeitsplatz. Grundsätzlich gilt, dass – unabhängig von einer möglicherweise attestierten Arbeitsunfähigkeit - möglichst früh eine konsequente und sachkundige Therapie gegen das Vermeidungsverhaltens eingeleitet werden sollte.

Die Behandlung kann auf verschiedenen Ebenen ansetzen, wofür die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, ICF (WHO 2001), eine hilfreiche Struktur vorgibt:

1. Im Hinblick auf die vorliegende *Funktionsstörung* kann eine Angstbehandlung, gegebenenfalls mit Expositionsübungen an einem Probearbeitsplatz im Rahmen einer Arbeitserprobung stattfinden.
2. Im Hinblick auf die Ebene der *Fähigkeitsstörungen* kann ein Fertigkeitentraining i. S. von Konfliktmanagementtraining, Bewerbungstrainings oder Zeitmanagementschulungen vermittelt werden.
3. Im Hinblick auf *Kontextfaktoren* ist zu prüfen, ob Änderungen am bestehenden Arbeitsplatz möglich sind, z.B. Versetzung in andere Abteilung, veränderte Arbeitsaufgaben oder ein Wechsel des Arbeitsplatzes, um so eine Angstreduktion zu bewirken.

Bei Änderungen am Kontext, d.h. dem Arbeitsplatz, ist bei Angsterkrankungen allerdings zu berücksichtigen, dass dies auch i. S. eines Vermeidungsverhaltenes wirksam werden kann und daher nur kurzfristig zu einer Besserung, mittelfristig aber zu einer weiteren Verschlechterung der Angstsymptomatik führen kann.

3.3 Psychische Erkrankungen und psychosoziale Unterstützung bei pflegenden Angehörigen

80-90% der Demenzkranken werden von ihren Angehörigen zu Hause versorgt und gepflegt (Matter & Späth 1998). Dabei sind letztere zahlreichen Belastungen in zeitlicher, sozialer, physischer und gesundheitlicher Hinsicht ausgesetzt. Häufig kommt es in späten Stadien zu einer 24-Stunden-Betreuung, d.h. die Angehörigen sind auch nachts durch Betreuungs- und Pflegetätigkeiten beansprucht. Untersuchungen zeigen, dass die Betreuenden häufig an z. T. mehrjährigen überdauernden Ein- und Durchschlafstörungen aufgrund nächtlicher Ruhestörungen durch die Demenzkranken leiden (Matter & Späth 1998).

Die meisten der Angehörigen werden tagsüber bei der Pflege unterstützt, jedoch wünschte sich die Hälfte auch Entlastungsangebote für die Nacht. Es sind als teilstationäre Angebote in der gerontopsychiatrischen Versorgung Nachtpflegeeinrichtungen für Demenzkranke entstanden (Hanhart-Behle 1998, Freter 1998) zur Entlastung für pflegende Angehörige, sowie zur Verzögerung oder Vermeidung einer vollständigen Heimeinweisung. Gruppenprogramme für pflegende Angehörige von Demenzkranken (Wilz et al 1998) können zur Stabilisierung des

Gesundheitszustands und die Verbesserung der Pflegebewältigung beitragen. Aus 42 Interventionsstudien zu Unterstützungsangeboten für Angehörige von Schlaganfallpatienten wurde gefunden, dass Mehrkomponenteninterventionen mit psychotherapeutischen Strategien sich als empfehlenswert erwiesen (Wilz & Böhm 2007).

Es existiert eine S3-Leitlinie zum ärztlichen Umgang mit pflegenden Angehörigen (Lichte & Beyer 2005), die die Einleitung körperlicher (Hilfsmittel, Kooperation der Versorgenden), emotionaler (stützende Gespräche, Aspekte der Selbstpflege) wie sozialer Entlastungsmöglichkeiten (finanzielle Absicherung der Pflegebeziehung, Information, organisierte Entlastung) vorschlägt.

3.4 Psychische Erkrankungen und Heimbedingungen

Ein knappes Viertel der 70jährigen und Älteren weisen psychische Störungen auf und etwa ein Zehntel sind deshalb hilfsbedürftig (Baltes 1997). Die negativen Aspekte des Alters und ein allgemeiner funktionsübergreifender Leistungsverlust nehmen im hohen Alter (85 und älter) deutlich zu (Lindenberger et al 2010). Die störungsspezifische Therapie gleicht in der Regel der bei jüngeren Patienten. Altersspezifische Besonderheiten sind ein langsames Vorgehen, Arbeit mit Gedächtnishilfen, verschiedene sensorische Modalitäten ansprechen, Sinnorientierung bspw. im Rahmen einer Lebensrückblickstherapie. Der Fokus liegt auf Selektion, Optimierung und Kompensation der Fähigkeiten (Maercker 2005).

Alte Menschen, die im Heim leben, sind einerseits besonders krank und andererseits potentiell negativen Heimbedingungen unterworfen. Nach einer Erhebung in zehn Alten- und Altenpflegeheimen (Hirsch & Kastner 2004) mit über 1.000 Bewohnern litten 65 % der Bewohner mit einem Durchschnittsalter von fast 82 Jahren unter einer psychischen Störung. 69 Prozent litten an einer organischen psychischen Erkrankung (z. B. Alzheimer-Demenz: 27 Prozent, vaskuläre Demenz: 19 Prozent), 14% an einer affektiven Störung, 11% an einer schizophrenen Störung, 2% an Suchterkrankungen. Die meisten Untersucher gehen davon aus, dass in Zukunft der Anteil von Menschen mit psychischen Störungen in Heimen zunehmen wird.

Menschen mit derartigen psychischen Störungen leben unter Rahmenbedingungen, die in der Gefahr sind die vorliegenden Beeinträchtigungen noch zu verstärken. Eine reduzierte Kontaktfähigkeit trifft auf eingeschränkte Kontaktmöglichkeiten zur Außenwelt. Ein mangelnder Antrieb trifft auf reduzierte Anforderungen. Eingeschränkte kognitive Leistungen treffen auf fehlende Herausforderungen. Dies ist bei Heimaufenthalten fast unvermeidbar und kann noch verstärkt werden durch strukturelle Defizite im stationären Pflegebereich: Während es in früheren Jahren zu wenige ausgebildete Pflegekräfte in Deutschland gab, so werden heute meist zu geringe Personalzuweisungen („Personalschlüssel“) als Folge einer unzureichenden allgemeinen Finanzierung des Gesundheitswesens für Mängel in der Pflege verantwortlich gemacht. Darüber hinaus dürfen laut Heimgesetz in Pflegeheimen bis zur Hälfte der Mitarbeiter fachlich unausgebildete Pflegepersonen sein. Dies und die häufig geltend gemachte ungenügende fachliche Anleitung dieser Pflegehelfer durch ausgebildetes Personal kann zu einer Verringerung der Qualität in der Pflege und insbesondere der psychosozialen Stimulation der Patienten führen. Dies ist ein Beispiel für die Interaktion von psychischer Erkrankung und Lebenskontext.

Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) führt Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen durch, indem er prüft, ob die Leistungen der Pflegeeinrichtungen den nach § 80a SGB XI vereinbarten Qualitätsstandards entsprechen. Dies kann als eine sozialmedizinisch-therapeutische Intervention verstanden werden. Im Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände (MDS, 2007) zur Pflegequalität wurde bspw. bemängelt, dass 34% der Menschen in Pflegeheimen unterernährt seien oder zu wenige Getränke zugeführt bekämen, und dass es bei 30% der Bewohner mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen Defizite bzgl. einer adäquaten Versorgung gibt.

4. Leistungsminderung und –begutachtung bei psychischen Erkrankungen

4.1. Krankheitsfeststellung

Der allgemeine Krankheitsbegriff (subjektiv) umfasst die subjektiv erlebte Beeinträchtigung des Lebensgefühls. Der spezielle Krankheitsbegriff (objektiv) beinhaltet anhand objektiver

Kriterien gestellte medizinisch-wissenschaftliche Diagnosen sowie einen Zustand unwillkürlich gestörter Lebensfunktionen eines Individuums, der eine Zeitdimension aufweist und in der Regel eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit zur Folge hat (Häfner, 1983). Des Weiteren muss der medizinische Krankheitsbegriff vom juristischen unterschieden werden (Nedopil, 2003): Beim medizinischen Krankheitsbegriff geht es um Ursache, Symptomatik (Organsysteme), Therapierbarkeit, Verlauf einer Erkrankung. Im juristischen Sinne geht es unabhängig von der Ursache und der Therapierbarkeit vorwiegend um die Ausprägung und die sozialen Folgen einer Störung. Bei der sozialversicherungsrechtlichen Krankheitsbestimmung ist primär die Leistungs- oder Arbeitsunfähigkeit auslösende Erkrankung relevant (Psychrembel Sozialmedizin 2007).

Die Klassifizierung von Krankheiten orientiert sich an der ICD (International Classification of Diseases, WHO 1991). Die Diagnose ist in der Psychiatrie, so wie in der übrigen Medizin, die Schlussfolgerung aus dem psychopathologischen Befund, den Zusatzuntersuchungen und anamnestischen Hinweisen zu Verlauf und ggf. verursachenden Faktoren (Linden 2003). Psychiatrische Diagnosen und Schlussfolgerungen sollten sich nicht an der Alltagspsychologie, sondern an empirisch geprüftem Fachwissen orientieren, da sonst die Gefahr besteht, dass Symptome psychischer Erkrankungen fehlgedeutet werden, oder dass „normalpsychologische“ Lebensereignisse als Ursachen gesucht und in der Regel auch gefunden werden, was zu Missverständnissen und falschen Interpretationen und negativen Konsequenzen für den Patienten führen kann.

Eine sozialmedizinisch wichtige Krankheitscharakterisierung ist die Unterscheidung zwischen akuten und chronischen Erkrankungen. Erstere sind episodisch, letztere erstrecken über einen Zeitraum von länger als sechs Monaten bis hin zu lebenslanger Krankheit. Nach der Definition des Sozialgesetzbuches IX werden chronische (psychische) Erkrankungen Behinderungen gleichgestellt (§ 2 Abs. 1 und § 27 SGB IX oder auch § 35a SGB VIII). Für den ambulanten Versorgungsbereich hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der „Chroniker-Richtlinie“ festgelegt, dass bei Vorliegen einer „schwerwiegenden chronischen Krankheit“ Ausgleichszahlungen zwischen Krankenkassen und Zuzahlungen u.a. für „Disease-Management-Programme“ möglich sind.

4.2 Differenzierung von Funktions-, Fähigkeits- und Kontextfaktoren bei psychischen Erkrankungen

Erkrankungen äußern sich nicht nur in Krankheitssymptomen im engeren Sinne, sondern in der Regel auch in daraus resultierenden Beeinträchtigungen im alltäglichen Leben bzw. Partizipationsstörungen. Ihre Beschreibung und Klassifikation orientiert sich an der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health, WHO 2001). Behinderungen entstehen dadurch, dass Krankheitssymptome zu „Fähigkeits- bzw. Kapazitätsstörungen“ führen, welche die Ausführung von Aktivitäten einschränken. Die Beschreibung z.B. einer formalen Denkstörung (Funktion bzw. Psychopathologie) ist das Eine, die Beschreibung der daraus resultierenden verminderten Planungsfähigkeit oder verminderten Anpassungsfähigkeit an neue Situationen (Fähigkeit) etwas Anderes. Die gleiche Fähigkeitsstörung, z.B. verminderte Anpassungsfähigkeit, kann durch sehr unterschiedliche Krankheitssymptome bedingt sein, z.B. durch Denkstörungen, Anankasmus, Ängste, Verstimmungszustände usw. (Linden et al 2009)

Die genaue Art der Fähigkeitsstörung entscheidet im Zusammenhang mit dem Kontext, z.B. Rollenanforderungen einer Person (z.B. überwiegend Routinetätigkeiten oder täglich wechselnde Aufgabenbereiche) über das Ausmaß der Krankheitsfolgen, d.h. der Partizipationsstörung (z.B. Nichterfüllung von Leistungsanforderungen an einem speziellen Arbeitsplatz mit wechselnden Tätigkeiten), und damit u. a. auch über die Krankheitswertigkeit des aktuellen Gesundheitszustandes (z.B. Arbeitsunfähigkeit für einen bestimmten Tätigkeitsbereich). Während der Vorläufer der ICF, die ICIDH (International Classification of Impairment, Disability and Health) noch von einer linearen Entwicklung von Krankheit bzw. Funktionsstörung zu Fähigkeitsstörung zu Partizipationsstörung ausging, liegt der ICF ein zirkuläres Konzept zugrunde (man ist nicht behindert, man wird behindert). Das bedeutet, dass die Schwerebeurteilung einer aktuellen Fähigkeitseinschränkung vom Kontext, d.h. den von diesem Menschen zu erfüllenden Leistungsanforderungen abhängt.

4.3 Sozialrechtliche Begriffe: MdE, AU, EM, GdB und GdS

Der Begriff der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) ist ein Rechtsbegriff aus dem Bereich

der gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII) und findet sich auch im Beamtenversorgungsgesetz (BeamtVG, Gesetz über die Versorgung der Beamten und Richter in Bund und Ländern). Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) ist abzugrenzen von den Begriffen der Arbeitsunfähigkeit (AU) der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V), der Erwerbsminderung (EM) der gesetzlichen Rentenversicherung (SGB VI), dem Grad der Behinderung (GdB) des Schwerbehindertenrechts (Teil 2 SGB IX), und dem Grad der Schädigungsfolgen (GdS). Hinter diesen Begriffen stehen jeweils unterschiedliche rechtliche Definitionen.

4.3.1 Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)

Bei Gesundheitsschäden als Folgen von anerkannten Arbeitsunfällen/Berufskrankheiten auf dem Gebiet der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) gilt als gesetzliche Grundlage das SGB VII (gültig seit 01.01.1997). Die MdE ist eine von mehreren gesetzlichen Voraussetzungen für die Gewährung einer Verletztenrente wegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit durch die gesetzliche Unfallversicherung. Die MdE richtet sich danach, wie sehr die infolge des Versicherungsfalls eingetretene Minderung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens eines Versicherten seine Arbeitsmöglichkeiten einschränkt. Ist die Erwerbsfähigkeit durch mehrere Versicherungsfälle gemindert, wird die MdE für jeden Versicherungsfall gesondert festgestellt, und dementsprechend werden mehrere Renten gezahlt.

Nach § 56 Absatz 1 SGB VII haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit über die 26. Woche hinaus um wenigstens 20 Prozent gemindert ist, Anspruch auf eine solche Rente. Eine Ausnahme gilt nach § 80a SGB VII bei Versicherungsfällen ab dem 1. Januar 2008 bei landwirtschaftlichen Unternehmern, deren Ehegatten und Familienangehörigen. Hier ist eine MdE von wenigstens 30 % Voraussetzung für einen Rentenanspruch.

Der Grad der MdE richtet sich gemäß §56 Absatz 2 SGB VII „nach dem Umfang der [...] verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens [...] (womit das persönliche Erwerbsleben gemeint ist, und nicht der allgemeine Arbeitsmarkt). Bei der

Bemessung der Minderung der Erwerbsfähigkeit werden Nachteile berücksichtigt, die die Versicherten dadurch erleiden, dass sie bestimmte von ihnen erworbene besondere berufliche Kenntnisse und Erfahrungen infolge des Versicherungsfalls nicht mehr oder nur noch in vermindertem Umfang nutzen können, soweit solche Nachteile nicht durch sonstige Fähigkeiten, deren Nutzung ihnen zugemutet werden kann, ausgeglichen werden.“

Bei der Bestimmung des Grades der MdE kommt es nicht darauf an, ob die betroffene Person tatsächlich einen Einkommensverlust erlitten hat. Die Verletztenrente der gesetzlichen Unfallversicherung soll nicht konkrete Einkommensverluste, sondern die Minderung der Erwerbsfähigkeit ausgleichen. Dies kann bei Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten mit einer kleinen oder mittleren MdE zu Einkommensverbesserungen führen, wenn die betroffene Person trotz der Beeinträchtigung weiterhin das ursprüngliche Arbeitseinkommen erzielt. Es ist für den Bezug einer Verletztenrente auch unschädlich, wenn gleichzeitig Leistungen einer privaten Unfallversicherung bezogen werden.

In der Vergangenheit gab es auch im Sozialen Entschädigungsrecht (BVG) den Begriff MdE. Am 21. Dezember 2007 trat an die Stelle des Grades der MdE der Begriff „Grad der Schädigungsfolgen GdS“. Bei gesundheitlichen Schäden durch Dienstunfallfolgen von Beamten werden gemäß § 35 Beamtenversorgungsgesetz die Bestimmungen des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) angewendet. Das Beamtenstatusgesetz sowie die Landesbeamtengesetze sind relevant bei Fragen der vorzeitigen Versetzung in den Ruhestand, beispielsweise bei dauerkranken Lehrern oder Justizvollzugsbediensteten.

4.3.2 Arbeitsunfähigkeit (AU)

Arbeitsunfähigkeit (AU) ist ein sozial-rechtlicher Status, welcher einem Patienten nach ärztlicher Begutachtung zuerkannt werden kann. AU ermöglicht es, ohne soziale Sanktionen (Kündigung, Lohnfortfall usw.) dem Arbeitsplatz fern zu bleiben. Nach der Richtlinie des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien) nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 7 SGB V, Bundesanzeiger Nr. 61 vom 27.3.2004 liegt AU dann vor, wenn

- jemand seine ausgeübte Tätigkeit nicht mehr oder nur unter der Gefahr einer

Verschlimmerung seiner Erkrankung ausführen kann

- aufgrund eines bestimmten Krankheitszustandes, der für sich allein noch keine AU bedingt, absehbar ist, dass aus der Ausübung der Tätigkeit für die Gesundheit oder die Genesung abträgliche Folgen erwachsen, die AU unmittelbar hervorrufen
- ein kausaler Zusammenhang zwischen einer Krankheit und der dadurch bedingten Unfähigkeit zur Funktionsausübung besteht

Bei der Beurteilung ist darauf abzustellen, welche Bedingungen die bisherige Tätigkeit konkret geprägt haben.

Eine „Arbeitsunfähigkeitsfeststellung“ ist keine „Krankschreibung“. Insofern ist z.B. die Schwere der vorliegenden Krankheit ohne Belang. Stattdessen ist festzustellen, welche Aktivitäten und Anforderungen am Arbeitsplatz konkret nicht ausgeübt werden können.

Zur Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit ist es notwendig, zunächst nach den Regeln der medizinischen Kunst (ggf. juristisch überprüfbar nach „Facharztstandard“) einen objektivierbaren aktuellen (psychopathologischen) Befund zu erheben und eine Krankheit festzustellen. Daraus abgeleitet wird die „Unfähigkeit“ bzw. „Fähigkeitsstörung“, die sich unmittelbar aus dem aktuellen Befund ergibt. Es müssen weiterhin die aktuellen Arbeitsplatzanforderungen ermittelt werden, Rollenanforderung und Fähigkeit abgeglichen werden, die Verlaufsprognose unter Einfluss der Arbeitsbedingungen überprüft werden, um schließlich ggf. zu einer Feststellung der Arbeitsunfähigkeit zu gelangen (WHO 2001, Linden & Weidner, 2005, Linden et al 2009).

Für die Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit bei einer psychischen Erkrankung ist es wichtig, genau zu differenzieren zwischen der Klage des Patienten und dem objektiven Befund („Der Pat. sagt,... Der Befund zeigt...“). Bekommt ein Patient bspw. bei einer in-sensu-Exposition und konkreten Vorstellung seiner Arbeitssituation ein beobachtbares Arousal und eine phobische Reaktion, so ist dies ein Befund, der u. U. eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben kann. Der geäußerte Wunsch eines Patienten nicht an den Arbeitsplatz zurückzukehren, weil ihm der Chef unsympathisch ist, ist vielleicht nachvollziehbar, jedoch keine Krankheit, d.h. dies kann keine Arbeitsunfähigkeit im sozialmedizinischen Sinne begründen. Der Betroffene ist darauf zu verweisen, dass er sich einen anderen Arbeitsplatz suchen oder sich mit der

Situation abfinden soll.

4.3.3 Erwerbsminderung, Berufsunfähigkeit, Gefährdung der Erwerbsfähigkeit (EU, BU)

„Erwerbsgemindert“ im Sinne der Rentenversicherung (SGB VI) ist, wer krankheits- oder behinderungsbedingt unter den üblichen Bedingungen des „allgemeinen Arbeitsmarktes“ weniger als 6 Stunden täglich erwerbstätig sein kann. Dabei ist die Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen (abstrakte Betrachtung). Unterschieden werden eine teilweise Erwerbsminderung (3 bis < 6 Stunden) und die volle Erwerbsminderung (< 3 Stunden).

„Berufsunfähig“ sind vor dem 02.01.1961 geborene Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder Behinderung auf weniger als die Hälfte derjenigen von körperlich, geistig und seelisch Gesunden mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten gesunken ist.

Eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit liegt vor, wenn durch die gesundheitlichen Beeinträchtigungen und damit verbundenen Funktionseinschränkungen innerhalb einer absehbaren Zeit mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit zu rechnen ist. Erwerbsminderungsrenten werden stets nur befristet gewährt, es sei denn, eine rentenrelevante Besserung ist unwahrscheinlich. Das ist dann anzunehmen, wenn aus ärztlicher Sicht bei Betrachtung des bisherigen Krankheitsverlaufes nach medizinischen Erkenntnissen, auch unter Berücksichtigung noch vorhandener therapeutischer Möglichkeiten, eine (rentenrelevante) Besserung auszuschließen ist. Die Erwerbsminderungsrente wird max. 3 x 3 Jahre gewährt.

Die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Patienten ohne Arbeitsplatz erfolgt hinsichtlich des allgemeinen Arbeitsmarktes. Der allgemeine Arbeitsmarkt umfasst alle nur denkbaren Tätigkeiten außerhalb einer beschützenden Einrichtung, für die auf dem Arbeitsmarkt (in einer Vielzahl von Teilarbeitsmärkten) Angebot und Nachfrage besteht. Als Referenz könnte man sich ein Hotel vorstellen, mit Laufburschen, Gartenarbeitern, Reinigungskraft, Handwerkern, Servicemitarbeitern, Empfangsmitarbeitern, Verwaltungsangestellten oder Managern. Dies deckt ein Spektrum von Qualifikationen und zumutbaren Tätigkeiten ab, das in seiner Gesamtheit als Konkretisierungsbeispiel für den „allgemeinen Arbeitsmarkt“ gelten könnte.

4.3.4 Grad der Behinderung GdB und Grad der Schädigungsfolgen GdS

Der Begriff Behinderung wird im § 2 SGB IX folgendermaßen definiert: „Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.“ GdB (und GdS) sind Maßeinheiten für die Beeinträchtigung durch eine Behinderung oder Schädigungsfolge (SGB IX), d.h. auch durch eine chronische Krankheit. Es ist nicht eine isolierte Leistungsbeeinträchtigung im Erwerbsleben gemeint, sondern es sollen Beeinträchtigungen in allen Lebensbereichen berücksichtigt werden.

Als schwerbehindert gelten nach § 2.2 SGB IX alle Personen mit einem Grad der Behinderung von mindestens GdB 50 (bis 100), der von den Versorgungsverwaltungen der Länder festgestellt wird. Für diesen Zustand wird regelhaft ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt, in dem auch sog. Nachteilsausgleiche vermerkt werden können („Merkzeichen“: z.B. H = Hilflosigkeit). Bei einem GdB von 30-40 kann unter bestimmten Voraussetzungen durch die Agentur für Arbeit eine „Gleichstellung“ mit einem schwerbehinderten Menschen erfolgen.

Die Kriterien für die Bestimmung des GdS/GdB sind in den "Versorgungsmedizinischen Grundsätzen" der VersMedV (zuletzt geändert 17.12.2010) beschrieben. Die Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) mit der Anlage „Versorgungsmedizinische Grundsätze“ trat am 1.1.2009 in Kraft. Damit wurde die höchststrichterlich geforderte Verrechtlichung der „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX)“ umgesetzt. Die „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ werden auf der Grundlage des aktuellen Stands der medizinischen Wissenschaft unter Anwendung der evidenzbasierten Medizin erstellt und fortentwickelt. Hierzu berät der unabhängige „Ärztliche Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizin“ das Bundesministerium für Arbeit und Soziales in allen versorgungs-ärztlichen Angelegenheiten.

Schädigungsfolgen, GdS und GdB werden folgendermaßen definiert (VersmedV 2010, S. 4) „Als *Schädigungsfolge* wird im sozialen Entschädigungsrecht jede Gesundheitsstörung bezeichnet, die in ursächlichem Zusammenhang mit einer Schädigung steht, die nach dem entsprechenden Gesetz zu berücksichtigen ist. Die Auswirkungen der Schädigungsfolge werden mit dem *Grad der Schädigungsfolgen* (GdS) bemessen. GdS und GdB (*Grad der Behinderung*) werden nach gleichen Grundsätzen bemessen. Beide Begriffe unterscheiden sich lediglich dadurch, dass der GdS nur auf die Schädigungsfolgen (also kausal) und der GdB auf alle Gesundheitsstörungen unabhängig von ihrer Ursache (also final) bezogen ist. Beide Begriffe haben die Auswirkungen von Funktionsbeeinträchtigungen in allen Lebensbereichen und nicht nur die Einschränkungen im allgemeinen Erwerbsleben zum Inhalt.“

Hinsichtlich der psychischen Erkrankungen werden, nach Erkrankungsarten und Schwere der Einbuße beruflicher und sozialer Anpassungsmöglichkeiten differenziert, verschiedene Grade der Behinderung bzw. der Schädigungsfolgen unterschieden (VersmedV 2010).

Aufgelistet werden die Erkrankungsgruppen „Schizophrene und affektive Störungen (3.6)“, „Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumen (3.7)“ und „Psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (3.8)“. Im Bereich der Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und Folgen psychischer Traumen werden beispielsweise die folgenden GdS/GdB Grade angesetzt:

- leichtere psychovegetative oder psychische Störungen: 0 – 20
- Stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z. B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen): 30 – 40
- Schwere Störungen (z. B. schwere Zwangsstörungen) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten: 50 – 70
- Schwere Störungen mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten (z.B. langandauernde schizophrene und affektive Psychosen): 80 – 100

Bei der Bestimmung eines GdB/GdS müssen in jedem Einzelfall alle körperlichen, geistigen und seelischen Störungen berücksichtigt werden. Juristisch maßgeblich ist der Gesamt-GdB,

der oft aus den Auswirkungen mehrerer Behinderungen resultiert. Die Einschätzung des Gesamt-GdB aus mehreren Behinderungen, oft auch auf unterschiedlichen Fachgebieten, erfordert spezielle Erfahrung. Es wird nach vorgegebenen Kriterien eine abstrakte Gesamtbehinderung gebildet. Dabei muss besonders beachtet werden, ob im Einzelfall Überschneidungen mit relativ niedrigerem Gesamt-GdB oder ungünstige gegenseitige Auswirkungen mit relativ höherem Gesamt-GdB oder ungünstige gegenseitige Auswirkungen mit relativ höherem GdB durch mehrere Einzelbehinderungen vorliegen.

Die Nützlichkeit der Beantragung eines GdB für den Betroffenen ist wiederum kontextabhängig. So kann es bspw. für eine Person die aktuell arbeitsuchend ist eher unvorteilhaft sein einen GdB vorzuweisen, während bei bestehendem Arbeitsplatz der GdB arbeitsrechtliche Vorteile für den Betroffenen mit sich bringt (z. B. besondere Kündigungsschutzregelungen).

4.4. Allgemeine Prinzipien und spezielle Probleme der Begutachtung bei psychischen Erkrankungen

Nach § 275 SGB V (Begutachtung und Beratung) sind die Krankenkassen verpflichtet, bei Erbringung von Leistungen, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung, eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) einzuholen. Die Ärzte des Medizinischen Dienstes sind bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben unabhängig und nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen. Sie sind nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung einzugreifen.

Der MDK ist Teil des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung. Er ist kein Teil einer Krankenkasse. Der MDK wird nur im Auftrag medizinisch beratend tätig. Die Leistungsentscheidung trifft allein die Versicherung. Aufgaben des MDK sind die Prüfung von Angemessenheit und/oder Wirtschaftlichkeit der Krankenhausbehandlungen, der Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, der Anwendung neuer oder unkonventioneller Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln, sowie der Verordnung von häuslicher Krankenpflege.

Bezüglich medizinischer Untersuchungen und Heilbehandlungen besteht für Patienten eine Mitwirkungspflicht. Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll sich auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers ärztlichen und psychologischen Untersuchungsmaßnahmen unterziehen, soweit diese für die Entscheidung über die Leistung erforderlich sind (§ 62 SGB I, Untersuchungen). Wer wegen Krankheit oder Behinderung Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll sich auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers einer Heilbehandlung unterziehen, wenn zu erwarten ist, dass sie eine Besserung seines Gesundheitszustandes herbeiführen oder eine Verschlechterung verhindern wird (§ 63 SGB I, Heilbehandlung).

Die Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 64 SGB I bestehen nicht, soweit ihre Erfüllung nicht in einem angemessenen Verhältnis zu der in Anspruch genommenen Sozialleistung oder ihrer Erstattung steht, oder ihre Erfüllung dem Betroffenen aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann, oder der Leistungsträger sich durch einen geringeren Aufwand als der Antragsteller oder Leistungsberechtigte die erforderlichen Kenntnisse selbst beschaffen kann. Behandlung und Untersuchungen, bei denen im Einzelfall ein Schaden für Leben oder Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann, die mit erheblichen Schmerzen verbunden sind, oder die einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten, können abgelehnt werden. Angaben, die dem Antragsteller, dem Leistungsberechtigten oder ihnen nahe stehenden Personen (§ 383 1 Nr. 1 bis 3 ZPO) die Gefahr zuziehen würde, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden, können verweigert werden.

Versicherten, deren Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, kann die Krankenkasse eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb der sie einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen haben (§ 51 SGB V). Stellen Versicherte innerhalb der Frist den Antrag nicht, entfällt der Anspruch auf Krankengeld. Nahezu alle Krankenkassen haben in den letzten Jahren unter Bezug auf den § 51 SGB V ein sogenanntes „Arbeitsunfähigkeitsmanagement“ aufgebaut. Bei Arbeitsunfähigkeit wird in der Regel schon nach zwei Wochen intern geprüft, weshalb diese vorliegt und die Patienten und Ärzte dann seitens der Krankenkasse aufgefordert, einen Antrag auf Einleitung einer Rehabilitationsmaßnahme zu stellen. Dies dient einerseits dem Ziel, durch eine intensiviertere Behandlung die AU-Zeit zu

verkürzen und andererseits eine umfassendere sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit zu erhalten. In psychosomatischen Rehabilitationskliniken wird heute fast die Hälfte aller Patienten nach Aufforderung oder unter Mitwirkung der Krankenkassen und ggfls. auch nach Androhung des Entzugs aller Sozialleistungen gemäß § 51 SGB V eingewiesen.

Die Qualität und Präzision ärztlicher Befundberichte ist ausschlaggebend für den sachgerechten Fortgang des jeweiligen Verfahrens und deren Konsequenzen für den Patienten (z.B. AU-Feststellung, Befundberichte im Rehaantragsverfahren, Anfragen des MDK usw., Piechowiak 2006). Sozialmedizinische Gutachten zur Leistungsfähigkeitsbeurteilung eines Patienten, z.B. im Rentenverfahren, müssen einer Konsistenzprüfung standhalten können. Zum einen müssen die Auswirkungen einer Erkrankung auf Berufstätigkeit, Freizeit, Alltag und zwischenmenschliche Beziehungen glaubhaft dargestellt werden. Zum anderen müssen Hinweise auf Aggravation, Simulation, Dissimulation berücksichtigt und ggf. beschrieben werden. „Für die sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit ist nach objektivierbaren und nachvollziehbaren somatischen und psychischen Symptomen zu suchen, welche die Leistungsfähigkeit vermindern; keinesfalls darf sich die Beurteilung allein auf die Beschwerdeschilderung des Betroffenen stützen.“ So lautet ein Urteil des Bayerischen Landessozialgericht vom 11.09.03, Az: L 14 RA 103/02: „In der Begutachtungssituation ist eine Verdeutlichungstendenz des Patienten als symptomverstärkende Darstellungsform normal und kann jedem zugestanden werden. Es handelt sich um einen mehr oder weniger bewussten Versuch, den Gutachter vom Vorhandensein der Beschwerden zu überzeugen. Diese Verdeutlichungstendenz kann unterschieden werden von der Aggravation als einer bewussten verschlimmernden Darstellung der Beschwerden zu erkennbaren Zwecken, sowie der Simulation, dem bewussten Vortäuschen von Symptomen zu erkennbaren Zwecken“.

Ist aufgrund fehlender Kooperation des Patienten keine klare Beurteilung möglich, sollte man dies darlegen. Die Unmöglichkeit einer sachgerechten Beurteilung führt im Gericht im Allgemeinen zur Ablehnung einer Rentengewährung.

Bei einer gerichtlichen oder behördlichen Bestallung als Sachverständiger sind Ärzte verpflichtet zur Übernahme, Neutralität, exakten Beantwortung der gestellten Fragen,

eigenverantwortlichen Erstellung und Erstattung, Schweigepflicht, ggf. persönlichem Erscheinen vor Gericht, sowie der rechtzeitigen Erstellung und Vorlage des Gutachtens. Bei einer Beauftragung durch die Deutsche Rentenversicherung gelten die Leitlinien für die sozialmedizinische Beurteilung von Menschen mit psychischen Erkrankungen (DRV, 2006). Diese ist speziell relevant für die Begutachtung im Rentenverfahren, aber auch hinsichtlich beruflicher und medizinischer Rehabilitationsleistungen. Im Bereich der GKV (Grobe 2005) können sich Fragen zur Leistungspflicht psychotherapeutischer ambulanter, teilstationärer und stationärer Behandlungen ergeben, sowie zur Arbeitsfähigkeit und deren Dauer. Gutachten können auch notwendig werden bei Problemen zur Abgrenzung der Leistungspflicht anderer Kostenträger, bspw. gegenüber der gesetzlichen Unfallversicherung bei psychoreaktiven Störungen, oder bei missglücktem Arbeitsversuch. Solche Gutachten werden meist von Fachärzten des MDK erstellt, können aber auch durch beauftragte Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie erstattet werden. Im Bereich der Arbeitslosenversicherung sind medizinische Gutachten für die Arbeitsverwaltung v. a. zur Feststellung der Leistungsfähigkeit der Betroffenen erforderlich. Im medizinischen Gutachten für die Arbeitsverwaltung ist zur Einschätzung der Leistungsfähigkeit für Erwerbstätigkeiten eine ausführliche Darstellung der Fähigkeiten und Fertigkeiten erforderlich, die der Betroffene trotz seiner Gesundheitsstörungen verrichten kann (Grobe 2005).

Hinsichtlich der Gutachten wird immer wieder die Frage der Reliabilität und Objektivität gestellt (Dickmann & Brooks 2007, Linden 2007, Zeller 2008). Dabei ist zu unterscheiden zwischen Befund und Schlussfolgerung. Die Feststellung des Befundes hinsichtlich der aktuell vorliegenden Funktionsstörungen (= psychopathologischer Befund) und Fähigkeitsstörungen (=Leistungsvermögen) ist objektiv und reliabel vorzunehmen und steht diesbezüglich anderen Parametern in der Medizin nicht nach. Die Befundlage sollte durch sozialmedizinische Gutachten daher abschließend zu klären sein. Davon abzugrenzen sind die daraus folgenden Ableitungen, beispielsweise ob die vorliegende Fähigkeitsstörung bei gegebenen Rollenanforderungen zwingend, in welchem Ausmaß und mit welcher Dauer zu Partizipationsstörungen führt. Diesbezüglich können unterschiedliche Gutachter durchaus zu unterschiedlichen Einschätzungen kommen, ohne dass dies ein Mangel des Gutachtens wäre. Schlussfolgernde Ableitungen spiegeln letztlich nur eine Sicht der Dinge wider. Deswegen ist die eigentliche Entscheidung über zu ziehende Konsequenzen auch nicht dem Gutachter,

sondern der Sozialversicherung oder in letzter Instanz Gerichten vorbehalten, wo dann auch die eine Kammer jederzeit zu anderen Urteilen kommen kann als die andere. Ärztliche Beurteiler stehen richterlichen Urteilen hinsichtlich der Reliabilität und Objektivität sicher nicht nach.

Literatur

Baltes P (1997) Gegen Vorurteile und Klischees: Forum Demographie Politik 10:11-20

Bundesärztekammer (2010) Musterweiterbildungsordnung in der Fassung vom 25.06.2010
http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11704&p_sprache=d

Brüggemann S, Irle H, Mai H (2007) Pschyrembel Sozialmedizin. De Gruyter, Berlin

Deutsche Rentenversicherung Bund (2006) Leitlinien für die sozialmedizinische Beurteilung von Menschen mit psychischen Störungen. DRV Schriften 68, Berlin

Dickmann JRM, Broocks (2007) Das psychiatrische Gutachten im Rentenverfahren – wie reliabel? Fortschr Neuro Psychiat 75:379-381; 397-401

Dormann C, Zapf D, Isic A (2002) Emotionale Arbeitsanforderungen und ihre Konsequenzen bei Call-Center-Arbeitsplätzen. Z Arbeits- Organisationspsychol 46:201-215

Egger (2005) Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. Psychol Med 16,3-12

- Freter H-J (1998) Nachtpflegeeinrichtungen für Demenzkranke: Bedarf, Konzeption, Begleitforschung. *Z Gerontopsychol –psychiatr* 11:81-85
- Frommberger U (2004). Arbeitsunfall und psychische Gesundheitsschäden. Das Modellverfahren aus ärztlicher Sicht. *Trauma und Berufskrankheit* 6:551-556
- Goldberg EM, Morrison SL (1963) Schizophrenia and social class. *Br J Psychiat* 109:789-802
- Grobe T (2005) Sozialmedizinische Begutachtung psychischer Störungen. Der Arzt als unabhängiger Sachverständiger. *Neurotransmitter* 1:34-37
- Groner A, Güntert A, Maas H-J (2006) Kursbuch Sozialmedizin. Methodische Empfehlungen, Lehr- und Lerninhalte sowie Lernziele für den Grund- und Aufbaukurs in der Zusatzweiterbildung Sozialmedizin. Bundesärztekammer, Berlin
- Häfner H (1983) Allgemeine und spezielle Krankheitsbegriffe in der Psychiatrie. *Nervenarzt* 54:231-238
- Hanhart-Behle U (1998) Das Projekt „Nachtklinik für Alzheimerkranke“. *Z Gerontopsychol – psychiatr* 11:69-79
- Haslam C, Atkinson S, Brown SS, Haslam RA (2005) Anxiety and depression in the workplace: Effects on the individual and organisation (a focus group investigation). *J Affect Dis* 88:209-215
- Hirsch RD, Kastner U (2004) Heimbewohner mit psychischen Störungen – Expertise. KDA-Schriftenreihe: Forum 38, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln
- Kawakami N, Iwata N, Tanigawa T, Oga H, Araki S, Fujihara S, Kitamura T (1996) Prevalence of mood and anxiety disorders in a working population in Japan. *J Occup Environ Med* 38:899-905

Lademann J, Mertesacker H, Gebhardt B (2006) Psychische Erkrankungen im Fokus der Gesundheitsreporte der Krankenkassen. Psychotherapeutenjournal 2:123-129

Lampert T (2010) Tabakkonsum, sportliche Inaktivität und Adipositas. Deutsches Ärzteblatt 107:1-7

Lichte T, Beyer M (2005) DEGAM Leitlinie pflegende Angehörige. DEGAM Leitlinien. <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/053-006k.pdf>

Linden M (2003) Psychopathologie, Deskription und Diagnostik psychischer Erkrankungen. In: Gastpar M, Kasper S, Linden M (Hrsg) Psychiatrie und Psychotherapie. Springer, Wien, 1-17

Linden M (2007) Das psychiatrische Gutachten im Rentenverfahren – wie reliabel? Fortschr Neurol Psychiat 75:1–3

Linden M, Muschalla B (2007) Arbeitsplatzbezogene Ängste und Arbeitsplatzphobie. Nervenarzt 78:39-44

Linden M, Muschalla B (2007) Anxiety disorders and workplace-related anxieties. J Anx Dis 21:467-474

Linden M, Weidner C (2005) Arbeitsunfähigkeit bei psychischen Störungen. Nervenarzt 11:1421-1431

Linden M, Baron S, Muschalla B (2009) Mini-ICF-Rating für psychische Störungen (Mini-ICF-APP). Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeits- bzw. Kapazitätsstörungen bei psychischen Störungen. Hans Huber, Göttingen

Lindenberger U, Smith J, Meyer KU, Baltes PB (Hrsg) (2010) Die Berliner Altersstudie, Akademie Verlag, Berlin, 209-243

Maercker A (2005) Alterspsychotherapie. In: Hiller W, Leibing E, Leichsenring F, Sulz KD (Hrsg) Lehrbuch der Psychotherapie Band 1, CIP Medien, München, 363-373

Martin A, Matiaske W (2002) Absentismus als Reaktion auf schädigendes Verhalten am Arbeitsplatz aus stresstheoretischer Sicht. In: von Saldern M (Hrsg) Mobbing. Theorie, Empirie, Praxis. Schneider Verlag, Hohengeren, 210-236

Matter C, Späth C (1998) Belastung und Belastungserleben pflegender Angehöriger durch Tag-Nacht-Rhythmus-Störungen Demenzkranker. Z Gerontopsychol und -psychiatr 11:51-59

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände (MDS) (2007) 2. Bericht des MDS nach § 118 Absatz 4 SGB XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. MDS Essen

Meyer A (1957) Psychobiology: A Science of Man. Charles C Thomas, Springfield, IL

Muschalla B, Linden M (2009) Arbeitsplatzängste und Arbeitsplatzphobie und ihre Auswirkungen auf die berufliche Partizipation. Versicherungsmedizin 61:63-68

Muschalla B (2008). Workplace-related Anxieties and Workplace Phobia. A Concept of Domain-specific Mental Disorders. Doctoral dissertation, University of Potsdam, Germany

Müller P, Gaebel W, Bandelow B, Köpcke W, Linden M, Müller-Spahn F, Pietzker A, Tegeler J (1998) Zur sozialen Situation schizophrener Patienten. Nervenarzt 3, 204-209

Nedopil N (2003). Rechtliche Aspekte in der Psychiatrie. Rechtsgrundlagen in Deutschland. In: Gastpar M, Kasper S, Linden M (Hrsg) Psychiatrie und Psychotherapie. Springer, Wien, 309-327

Piechowiak H (2006) Präzise berichten – im Interesse der Patienten. Deutsches Ärzteblatt 103:3012-3016

Sczesny S, Thau S (2004) Gesundheitsbewertung vs. Arbeitszufriedenheit: Der Zusammenhang von Indikatoren des subjektiven Wohlbefindens mit selbstberichteten Fehlzeiten. Z Arbeits- Organisationspsychol 48:17-24

SGB IX. Neuntes Buch Sozialgesetzbuch –Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – (Artikel 1 des Gesetzes vom 19. Juni 2001, BGBl I S. 1046), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 22. Dezember 2008 geändert worden ist. <http://www.juris.de>

Üstün TB, Sartorius N (1995) Mental illness in general health care. A international study. John Wiley & Sons, Chichester

Versorgungsmedizin-Verordnung (VersmedV) (2010). Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, des § 30 Abs. 1 und des § 35 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes. Zuletzt geändert 17.2.2010. <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/versmedv/gesamt.pdf>

Wieclaw J (2006) Risk of affective and stress related disorders among employees in human service professions. Occup Environ Med 63:314-319

Wilz G, Gunzelmann T, Adler C, Brähler E (1998) Gruppenprogramm für Angehörige von Demenzkranken. Z Gerontopsychol –psychiatr 11:97-106

Wilz G, Böhm B (2007) Interventionskonzepte für Angehörige von Schlaganfallpatienten: Bedarf und Effektivität. Psychother Psychosom Med Psychol 57:e1-e19

Wittchen HU (2005) Psychische Störungen in Deutschland und in der EU. Größenordnung und Belastung. Beitrag auf dem ersten deutschen Präventivkongress Dezember 2005.

World Health Organization WHO (1991) Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F) Huber, Bern

World Health Organization WHO (2001) International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Genf: WHO [Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation

und Information (DIMDI) (Hrsg). Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit – ICF. Köln: DIMDI 2004, verfügbar unter URL: www.dimdi.de]

Zeller E (2008) Ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen in der Sackgasse. Ein Aufruf zur ärztlichen Besinnung auf Sachlichkeit. Der medizinische Sachverständige 2008:187–194

Zwernemann S, Dersch R, Voderholzer U (2009) Wird die Aus-, Fort- und Weiterbildung im Fach Psychiatrie und Psychotherapie den spezifischen Besonderheiten psychischer Erkrankungen in den verschiedenen Lebensabschnitten gerecht? Psychiatrie. Grundlagen Perspektiven 6:227-232

Multiple Choice Fragen zum Fortbildungsartikel
Sozialmedizinische Aspekte bei psychischen Erkrankungen Teil 1

1) Ungefähr wieviele Menschen in der Bevölkerung leiden unter psychischen Störungen?

- (A) 5-10%
- (B) 10-30%
- (C) 30-50%**
- (D) 50-70%
- (E) 70-90%

2) Welche der folgenden Berufsgruppen leidet am häufigsten unter psychischen Erkrankungen?

- (A) AltenpflegerInnen**
- (B) Bauarbeiter
- (C) HochschullehrerInnen
- (D) Hausfrauen/-männer
- (E) Piloten

3) Im Vergleich zu somatischen Erkrankungen führen psychische Erkrankungen zu Arbeitsunfähigkeit:

- (A) halb so häufig
- (B) genauso häufig
- (C) doppelt so häufig**
- (D) dreimal so häufig
- (E) viermal so häufig

4) Eine 45jährige Patientin bittet ihren Hausarzt wegen allgemeinem Erschöpfungsgefühl um eine „Krankschreibung“. Vor drei Tagen habe sie sich bereits bei der Arbeit krankgemeldet. Sie klagt über Rückenschmerzen, Schwindel und Schlafstörungen. Bei genauem Nachfragen kann man beobachten, dass die Pat. beim Gedanken an den Arbeitsplatz mit deutlicher Unruhe reagiert. Worum handelt es sich am ehesten?

- (A) Depression mit somatischem Syndrom bei histrionischer Persönlichkeitsstörung
- (B) Posttraumatische Belastungsstörung
- (C) Panikstörung mit Agoraphobie
- (D) Arbeitsplatzphobie**
- (E) emotional-instabile Persönlichkeitsstörung

5) Was ist keine Fähigkeit im Sinne der ICF?

- (A) Verkehrsfähigkeit
- (B) Flexibilität und Umstellungsfähigkeit
- (C) Gruppenfähigkeit
- (D) Konzentrations- und Merkfähigkeit**

(E) Durchhaltefähigkeit

6) Wenn ein Versicherter, dessen Erwerbsfähigkeit nach Feststellung des MDK erheblich gefährdet oder gemindert ist, nicht innerhalb einer 10wöchigen von der Krankenkasse gesetzten Frist einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bzw. zur Teilhabe am Arbeitsleben stellt, ...

(A) entfällt der Anspruch auf Krankengeld

(B) erfolgt eine Einweisung in eine psychiatrische Klinik

(C) wird er verpflichtet eine Richtlinienpsychotherapie aufzunehmen

(D) entfällt der Anspruch auf Sozialhilfe

(E) wird er dem MDK erneut vorgestellt

7) Ein mehr oder weniger bewusster Versuch eines Patienten, bei einer medizinischen Begutachtung den Untersucher vom Vorhandensein der Beschwerden zu überzeugen, ist zu verstehen als

(A) Dissimulation

(B) Simulation

(C) Aggravation

(D) Münchhausen-Syndrom

(E) mangelnde Kooperation

8) Eine Arbeitsunfähigkeitsfeststellung ist nicht begründbar durch

(A) Schwere der Erkrankung

(B) Einschränkung der Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz

(C) drohende Krankheitsverschlechterung durch die Arbeitstätigkeit

(D) Vorhandensein von krankheitsbedingt nicht erfüllbaren Anforderungen am Arbeitsplatz

(E) Angst vor dem Arbeitsplatz

9) Was gilt für die Beurteilung eines Grad der Behinderung?

(A) Das wichtigste Kriterium ist das Intelligenzniveau

(B) Ein GdB wird nur aufgrund mehrerer verschiedener krankheitsbedingter Beeinträchtigungen vergeben

(C) Im Ergebnis gibt es gibt einen Gesamt-GdB, der oft aus den Auswirkungen mehrerer Behinderungen resultiert

(D) Für jede ICD-Diagnose gibt es einen eindeutig festgelegten GdB, diese GdBs können bei Vorliegen mehrerer Behinderungen addiert werden

(E) Bevor ein GdB vergeben wird, muss eine stationäre medizinische Rehabilitation stattgefunden haben

10) Was ist bei der sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit zu beachten?

(A) Der Begutachtende darf niemals gleichzeitig therapeutisch am zu Begutachtenden tätig sein

- (B) Die Feststellung des Befundes beinhaltet Funktionsstörungen (= psychopathologischer Befund) und Fähigkeitsstörungen (=Leistungsvermögen)**
- (C) Eine Verdeutlichungstendenz in Form symptomverstärkender Darstellung des Patienten muss zu einem Abbruch der Untersuchung führen
- (D) Die Beurteilung erfolgt aufgrund der Beschwerdeschilderung des zu Begutachtenden.
- (E) Eine Fremdanamnese ist zwingend erforderlich.